

**POLYNESIE FRANCAISE**  
-----  
**Direction générale de l'Education  
et des enseignements**  
B.P. 20 673 - 98 713 Papeete  
Tél : 40 46 29 00 / Fax : 40 42 40 39

**DEMANDE DE CONGE MALADIE**

- INITIAL  
 PROLONGATION

Nom patronymique : ..... Prénom : .....  
Nom marital : ..... Fonction : .....

Adresse pendant le congé : .....

Téléphone pendant le congé : .....

Etablissement : ..... Cours : ..... Effectif : .....

**DEMANDE**

Certificat médical joint :  
 OUI  
 NON  
  
Observations :

Durée : .....  
Du : .....  
Au : .....inclus  
  
Date de dépôt de la demande :  
  
Signature :

**TRANSMISSION PAR LA VOIE HIERARCHIQUE**

Visa du chef d'établissement ou de service :  
  
  
Transmis à l'IEN le :

Visa de l'IEN :  
  
 Prévoir un remplacement  
Transmis à la DGEE le :

**DECISION**

**Observations (BRH 1)**  
  
 ABSENCE DE JUSTIFICATIF  
  
Réclamé le :  
Fourni le :  
  
Observations :

**Directeur général de l'Education  
et des enseignements**  
  
 OUI  
 NON  
  
Observations :